

## **Anmeldung zur interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie Beschleunigtes Verfahren („Direct Access Liste“)**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrte Herr Kollege,

Sie möchten für Ihre Patientin/ Ihren Patienten einen möglichst zeitnahen Termin zur stationären interdisziplinären Multimodalen Schmerztherapie. In besonders dringenden Fällen versuchen wir, trotz unserer mehrmonatigen Wartezeit, einzelne Patienten früher zu behandeln.

Diese müssen aber zur Behandlung besonders motiviert sein und bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

Für unsere Planung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Faxen Sie bitte die Bögen und vorhandene Befunde an die Fax-Nr. 0561-3084-549.

Bitte beachten Sie, dass unvollständig ausgefüllte Anmeldungen nicht bearbeitet werden können.

### **Patientendaten:**

Name	Geburtsdatum
Straße	Wohnort
Telefon	Krankenkasse

### **Kurzdiagnose der Schmerzerkrankung (z. B. chronisches Schmerzsyndrom mit dem entsprechenden Schwerpunkt):**

### **Dauer der Erkrankung:**

<b>Kriterien für eine multimodale Schmerztherapie</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
1) Besteht auf Grund der Schmerzerkrankung eine manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität oder der Arbeitsfähigkeit (> 6 Wochen arbeitsunfähig)?		
2) Gibt es Fehlschläge einer unimodalen Schmerztherapie (z.B. Physiotherapie, schmerzbedingte Operation, Medikamente)		

oder Medikamentenentzug, invasive Maßnahmen, Infiltrationen)?		
3) Besteht eine Medikamentenabhängigkeit oder ein Fehlgebrauch?		
4) Liegt eine schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung vor?		
5) Relevante/ gravierende somatische Begleiterkrankungen (z.B. Diab.mel. Organinsuffizienzen etc.):		

### **Allgemeine Informationen für die stationäre Behandlung:**

- Besteht ein laufendes Rentenverfahren, ein GdB-Antrag oder ein Sozialgerichtsprozess wegen Rente oder Grad der Behinderung?  
O Ja O Nein
- Besteht eine Einschränkung in der Kommunikation bzw. im Sprachverständnis für komplexe Inhalte für die deutsche Sprache? (Bei Vorliegen bitte die Spezifizierung unter ergänzenden Informationen)?  
O Ja O Nein
- Besteht eine Einschränkung in der Mobilität bzw. körperlichen Belastbarkeit (z.B. Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit, Rollator, Rollstuhl, Gehstrecke unter 20m)?  
(Beim Vorliegen unten spezifizieren)  
O Ja O Nein

### **Ergänzende Informationen/Anmerkungen:**

**Vielen Dank! Wir versuchen, Ihre Anmeldung möglichst zeitnah zu bearbeiten.**

**Angaben zum Absender:**

**Behandelnde(r) Ärztin/Arzt:**

**Praxisort:**

**Telefonnr.:**